

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

FERNAND DUCOUDRÉ

Né à Bruxelles (Belgique), le 29 avril 1892

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

L'ŒUVRE DU PLACEMENT FAMILIAL
DES TOUT-PETITS

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
México-Chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILÉAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	FISSINGER	LELORIER	REITTERER
BAUDOIN	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUILLEMINOT	LERI	ROUVIERE
CAMPY	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A.)
CHEVASSU	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHIREY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CLERC	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBBÉ	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
	LAIGNÉL-LAVASTINE	OKINCZYC	

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En bien faible témoignage
de reconnaissance et de pro-
fonde affection.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Mort pour la France.

A MA FIANCÉE

A MES ONCLES ET TANTES

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de respectueuse admiration et de profond attachement.

A MADAME ARNOLD SELIGMANN

*En témoignage de remer-
ciement pour son bienveillant
accueil et pour les précieux ren-
seignements qu'elle m'a fournis.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. DEBRÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Dont l'accueil fut si bienveil-
lant à mon égard et dont les
travaux et les conseils m'ont
permis de mener à bien ce tra-
vail.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. les Professeurs COUVELAIRE, LÉON BERNARD ;
MM. les Professeurs agrégés R. DEBRÉ, LÉVY SOLAL, P.
RIBIERRE ;
MM. BARBIER, CADENAT, CHIFOLIAU, CLAISSE, HAL-
LOPEAU, LAPOINTE, RICARD, ROUTIER, VI-
GNES ;

Médecins, Chirurgiens, Accoucheurs des Hôpitaux.

*Que je prie de vouloir bien
accepter l'expression de mes
sentiments de reconnaissance
pour l'éducation clinique que
je leur dois.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

ARBEIT, BENAZET, BENOISTE-PILLOIRE, BERGES,
S. BLOCH, BOPPE, A. BOURDETTE, J. CHARPEN-
TIER, R. CHARPENTIER, CHOPINET, CHOQUET,
CROS, DUSSAC, LAVIER, MESTRAL, E. VEILLAT.

A MES AMIS :

V. BOURDETTE ET DOCTEUR P. SÉNÉCHAL

AU DOCTEUR DUJARRIC DE LA RIVIÈRE

de l'Institut Pasteur

*En témoignage de remercie-
ment et de bonne amitié.*

AVANT-PROPOS

Tous ceux qui ont le souci de la grandeur et de la prospérité de la France s'inquiètent à juste titre de voir persister et même s'accroître la dépopulation de notre pays. Les statistiques ne sont que trop éloquentes ! En 1919, la population française a diminué de 240.000 habitants ; celle de l'Angleterre par exemple a augmenté de 188.000 habitants. Durant le premier semestre de 1921 on a enregistré en Allemagne un excédent de 369.466 naissances. La disparition d'un nombre de français équivalent à la population d'une cité telle que Bordeaux, voilà notre bilan pour l'année 1919. Ces chiffres ne sont-ils pas effrayants ?

Le problème de la dépopulation présente des aspects multiples : il est économique, social, financier, médical et avant tout hygiénique. Sa solution demande le concours de tous : lutte contre la propagande anti-conceptionnelle, soins et aide aux femmes enceintes, lutte contre la mortalité infantile etc...

Mais nous voulons limiter notre tâche à un point

très particulier : la lutte contre la mortalité par tuberculose chez le nourrisson.

Avant d'envisager les différentes solutions que comporte ce problème, il est indispensable d'en connaître très exactement les données. C'est pourquoi, dans la première partie de ce travail, nous rechercherons la place que la tuberculose tient dans la pathologie du nourrisson ; nous verrons que souvent la tuberculose a été méconnue parce que les méthodes de diagnostic employées étaient insuffisantes et par suite nous serons amenés à dire sur quelles bases solides ce diagnostic doit être établi.

Nous constaterons ainsi que la tuberculose du nourrisson est très fréquente et nous comprendrons pourquoi elle l'est. Le nourrisson immobilisé dans son berceau est la proie facile de la contamination tuberculeuse dans la pièce mal aérée, poussiéreuse de certains logis misérables où vivent et crachent des parents tuberculeux. Mais surtout, embrassé, pouponné par une mère tuberculeuse, il est exposé à ces contagions riches, répétées, prolongées et massives que l'on sait être les conditions essentielles de l'infection tuberculeuse.

On a réduit aujourd'hui en effet le rôle des théories de l'hérédité de graine et même de l'hérédité de terrain. L'enfant d'une mère tuberculeuse naît sain ; mais les conditions si importantes et si facilement réalisées qui après la naissance entraînent la tuberculisation presque fatale du nourrisson qui reste

auprès de sa mère tuberculeuse avaient fait croire aux anciens médecins à l'hérédité de la tuberculose.

Une conclusion se dégage immédiatement des faits précédents : c'est la possibilité pour le nourrisson d'échapper à l'infection tuberculeuse par une séparation précoce du foyer infectant.

Pour les enfants au dessus de 3 ans, l'œuvre Grancher a déjà fait ses preuves, à ce point de vue. Pour les nourrissons et les enfants de 0 à 3 ans des crèches spécialement organisées (Crèche de l'hôpital Laënnec) et des œuvres comme « Le Placement familial des Tout-Petits » ont apporté la solution du problème.

C'est le mérite des professeurs Léon Bernard et Debré et de leur Ecole d'avoir mis ces faits en lumière, d'avoir lutté pour en montrer la valeur pratique et enfin d'avoir réalisé une œuvre qui est la meilleure des démonstrations. A la création et au fonctionnement de cette œuvre s'attache aussi le nom de M^{me} Arnold Seligmann, dont la générosité et le dévouement éclairé ont donné tant de vitalité au Centre du Placement familial de Salbris. L'étude du fonctionnement de cette œuvre fera l'objet de la seconde partie de notre travail.

Ce travail n'a pas la prétention d'être original mais il pourra peut-être servir à ceux qui voudront installer des œuvres similaires au centre de Salbris. Du reste, il est toujours utile de chercher à faire connaître davantage l'organisation d'œuvres d'Hygiène sociale

dont les résultats ont prouvé la valeur et sont un enseignement pour tous ceux qui pensent que la lutte antituberculeuse est parmi celles qui méritent au plus haut point de retenir l'attention des médecins et des hygiénistes.

PREMIER CHAPITRE

I. FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LE NOURRISSON

Contrairement à l'opinion autrefois répandue, on sait aujourd'hui que la tuberculose du nourrisson est fréquente.

Mais en raison des difficultés du diagnostic, bien souvent elle n'est pas reconnue. De nombreux nourrissons, qui succombent à la suite de troubles digestifs, d'accidents méningés, de suppurations multiples, qui meurent de débilité congénitale, d'athrepsie, sont en réalité les victimes d'une infection tuberculeuse méconnue.

Un important progrès a été réalisé lorsqu'on s'est mis à rechercher minutieusement et systématiquement les lésions tuberculeuses à l'autopsie de tous les nourrissons qui mouraient à l'hôpital.

Küss dans sa thèse établit que les portes d'entrée et le premier développement de la tuberculose ne

peuvent être connus que par des autopsies de jeunes enfants (au-dessous de 2 ans). Il réagit contre le discrédit ou la majorité des médecins tenaient alors la tuberculose et montre le profit que l'on doit en tirer dans l'étude de la morbidité. Il cite les statistiques suivantes de l'Institut Pathologique de Munich de 1881 à 1888 données par Bollinger et Muller. Ces auteurs établissent que le pourcentage des tuberculeux sur le nombre total des décès va croissant d'année en année :

12,25 %	de 0 à 1 an.
28,5 %	de 1 à 2 ans.
36,9 %	de 2 à 3 ans.
61,9 %	de 4 à 5 ans

A l'Institut anatomo-pathologique de Kiel, (1873-1889), Simmonds, Schwer et Blotz font 2.596 autopsies et trouvent :

0 %	de tuberculose pendant les premiers mois de la vie.
0,8 %	» vers l'âge de trois mois.
15 %	» de 3 à 12 mois.

Hutinel, en 1890-91, sur 220 autopsies à l'Hospice des Enfants Assistés à Paris — où la majorité des autopsies porte sur des enfants qui n'ont pas dépassé 1 an — trouve seulement 8 cas de tuberculose, tandis que chez les enfants de 1 à 2 ans la tuberculose cause déjà le tiers des décès,

Kossel, à Berlin (1892-1895), sur 286 enfants au-dessous de 10 ans note :

1,6 ‰	de tuberculose	dans les 3 premiers mois.
11 ‰	»	de 3 à 12 mois.

Kuss, (1895-1896) trouve :

1,16 ‰	sur les enfants	de 0 à 3 mois.
13 ‰	»	de 3 mois à 1 an.
50 ‰	»	de 2 à 4 ans.

Pour Noegeli la mortalité dans les 4 trimestres de la première année est figurée respectivement par les pourcentages de 5, 16, 12 et 9 : elle porte donc surtout sur le 2^e trimestre.

Les chiffres de A. Burckhardt portant sur 190 enfants concordent avec ceux de Noegeli.

Les recherches que Comby a poursuivies pendant plusieurs années à l'Hôpital des Enfants Malades de Paris ont montré que :

de 0 à 1 mois	le pourcentage des tuberculeux	est nul.
de 1 à 2 mois	il est de 2,56	sur 100 autopsies.
de 2 à 3 mois	il atteint	3,33
de 3 à 6 mois	»	15,15
de 6 à 12 mois	»	25,86
de 1 à 2 ans	»	46,05

Le perfectionnement des méthodes cliniques a permis dans ces dernières années d'établir le dia-

gnostic de tuberculose sur des bases solides et par cela même de juger de la fréquence de cette affection. En ce qui concerne le nourrisson, il faut, pour surprendre l'infection tuberculeuse, employer une technique spéciale. En effet le début de l'infection tuberculeuse est, chez lui, ordinairement latent; certes il peut parfois se traduire par quelques symptômes: perte de poids, troubles digestifs, et surtout élévation passagère de la température. Mais dans d'autres cas, des manifestations plus bruyantes peuvent se déclarer: toux, amaigrissement rapide avec fièvre, signes d'auscultation décelant des déterminations pulmonaires variables. Dans la grande majorité des cas, ces signes cliniques sont réduits au minimum, souvent à néant, et c'est ailleurs qu'il faut chercher les indices de l'invasion tuberculeuse de l'organisme: l'examen radiographique et l'étude de la cuti-réaction doivent être pratiqués systématiquement.

L'examen radiographique du thorax fournit des indications très précieuses: il montre des images variables, depuis les ombres de la lésion gangliopulmonaire, jusqu'aux plages opaques des nodules bronchopneumoniques et au semis de taches de la granulie. Mais une longue expérience de ces examens est nécessaire pour mettre en garde contre des interprétations abusives. Et là encore des interprétations erronées d'une part, des latences prolongées d'autre part, entourent l'épreuve radiologique de difficultés qu'il importe de ne point méconnaître. Il est cepen-

dant non moins indispensable de l'utiliser pour l'étude des faits que nous analysons ici.

La cuti-réaction à la tuberculine brute est un moyen de diagnostic de la tuberculose dont la valeur n'est pas discutée par les pédiatres. Une réaction positive permet d'affirmer la tuberculose, une réaction négative par contre ne permet pas de conclure.

Les travaux de Debré, Paraf et Dautrebande ont démontré que la plupart des cuti-réactions autrefois considérées comme négatives devenaient ultérieurement positives chez les enfants restés en contact pendant un certain temps avec des tuberculeux.

Sur cinq enfants tuberculeux reçus à la crèche de l'Hôpital Laennec quatre ont une cuti-réaction positive dès l'entrée, un autre une cuti-réaction négative qui reste négative pendant un temps variable jusqu'à la fin de la période que les auteurs ont appelée *antéallergique*, et dont nous parlerons plus loin. La non répétition en série des cuti-réactions expose donc le médecin d'enfants à méconnaître vingt fois sur cent cas l'infection tuberculeuse chez les nourrissons récemment contaminés. Donc, nécessité de pratiquer des cuti-réactions en série pendant un temps suffisamment long (quatre mois) pour pouvoir poser ou écarter le diagnostic de tuberculose. Cette répétition en série des cuti-réactions permet de déterminer chez nombre de nourrissons la fin de la période antéallergique, mais pour apprécier la durée de celle-ci, il faut connaître le moment où le nourrisson a été contaminé. Une enquête minutieuse, l'interrogatoire serré de

ceux qui ont approché l'enfant, leur examen clinique au besoin permettront presque toujours (toujours dans les 70 cas de Debré) de déterminer approximativement ce moment.

Si l'on s'en rapporte aux données fournies par la cuti-réaction, on voit que le nombre de réactions positives, inférieur à 7 % de la naissance à 3 mois (Paisseau et Tixier), est, chez les nourrissons plus âgés, de 19 % chez les enfants sains et de 31 % chez les enfants malades atteints des affections les plus diverses (G. Lemaire).

II. MODES DE CONTAMINATION ET MOMENT DE CETTE CONTAMINATION

Si la tuberculose est héréditaire, s'il y a une hérédité de germe ou même de terrain, le rôle du médecin et de l'hygiéniste devient singulièrement difficile et bien peu nombreuses les chances de réussite. Mais les recherches récentes ont établi qu'il n'en est rien. Ce qui a causé l'erreur, c'est précisément la facilité avec laquelle le nourrisson est contaminé dans les milieux tuberculeux.

L'enfant de tuberculeux naît absolument sain. Si la mère, tuberculeuse, a été en proie, au cours de sa gestation, à des manifestations graves de la maladie ou bien si elle a été soumise à des conditions d'existence difficiles, pénibles, insalubres, l'enfant peut

naître plus ou moins chétif, débile ; mais toute autre cause que la tuberculose eût amené le même résultat ; rien ne prouve qu'il y ait quelque chose de spécifique dans cette déficience congénitale, et scientifiquement on n'est pas plus autorisé à parler d'hérédité de terrain que d'hérédité de graine. Par contre, combien d'enfants magnifiques, de poids normal, de constitution et d'apparence solides voit-on naître de mères en évolution tuberculeuse !

Nombreux sont les facteurs qui viennent faciliter cette « infection de berceau ». Celle-ci se produit le plus souvent dans les milieux peu aisés où les logements sont réduits, le lit des parents près du berceau. Le nourrisson, victime passive et immobile est constamment soumis à l'infection sous forme de gouttelettes de salive, riches en bacilles. Le père, ignorant le plus souvent l'hygiène la plus élémentaire, crache — la mère, en pouponnant son enfant réalise les deux conditions les plus favorables à l'infection : abondance du virus et fréquence.

Calmette soutient que partout et toujours, c'est la contagion familiale, et le plus souvent la contagion par la mère phtisique qui jouent le rôle principal et il cite les statistiques suivantes de Döner et Herbert G. Lampson.

Döner a fait dans le duché de Bade, une enquête de laquelle il résulte que, parmi les enfants qui meurent de tuberculose au cours des deux premières années de la vie, 33,5 % avaient une mère phtisique, 14,7 % seulement avaient été contaminés par le père.

Herbert G. Lampson a fait une longue étude sur la diffusion de la tuberculose dans les familles pauvres de Minneapolis (Minnesota-Etats Unis). Il a vu que 67 % des enfants nés de parents porteurs de lésions ouvertes devenaient tuberculeux dès le jeune âge. La proportion de ceux qui étaient atteints dans les familles dont un ou plusieurs membres n'avaient que des lésions latentes n'était plus que de 22 % et de 2,5 % seulement dans les familles indemnes.

Les statistiques de Léon Bernard et de R. Debré sont particulièrement instructives. « Sur 58 enfants de femmes atteintes de tuberculose pulmonaire avec présence de bacilles dans les crachats et ayant vécu avec leur mère, 40 ont été reconnus tuberculeux, 18 indemnes. A cette proportion déjà saisissante opposons celle que nous allons relever dans la catégorie des femmes non contagieuses, soit qu'elles aient été amenées par erreur dans le service, soit qu'elles aient été atteintes de bronchite simple ou de sclérose tuberculeuse non évolutive: sur 65 femmes de cette espèce observées, les nourrissons de 57 d'entre elles étaient sains; 8 ont été contaminés dont 3 à la crèche (dont nous parlerons plus loin et qui à l'époque n'était pas organisée comme elle l'a été depuis) 2 ont été sans doute infectés dans une crèche de la banlieue où ils étaient soignés par une infirmière tuberculeuse et 3 très probablement par leur père. Ainsi donc: sur 58 femmes tuberculeuses bacillifères, 40 enfants contaminés; d'autre part, sur 65 femmes non bacillifères, 57 enfants sains ».

La confrontation de ces chiffres impose avec évidence la notion que la contamination du petit enfant est le fait de sa mère.

Cette contamination par la mère s'explique d'autant mieux qu'il s'agit là d'une contagion massive.

Ce qui commande les effets de l'infection, ce n'est pas la qualité, c'est la quantité des germes infectants. La contagion donnera ce que fera le nombre des contagés : Thoessi et Thuysen (de Berne), Calmette, ont vérifié expérimentalement que des unités bacillaires ne produisent aucun effet nocif et Léon Bernard et Gougerot dans leurs recherches sur les lésions non folliculaires ont montré le rôle déterminant du nombre des bacilles dans la production des divers types de lésions, folliculaires ou non folliculaires. Il y a donc lieu de distinguer les contagions *pauvres* qui sont en même temps fortuites, accidentelles, souvent occultes et les contagions *riches*, répétées qui se prennent à des sources maintenues de manière prolongée auprès des sujets exposés.

La mère, selon l'état de ses lésions, selon la durée de contact avec son enfant, ainsi que la présence plus ou moins prolongée et intime d'un membre quelconque de la famille infecté par le bacille de Koch créent toute une gamme d'infections tuberculeuses de gravité variée et de manifestation plus ou moins précoce ou tardive.

Une autre question est intéressante pour l'hygiéniste, c'est celle des délais de contagion. Au bout de combien de temps le nourrisson qui vit avec sa mère

tuberculeuse est-il infecté? C'est ici que l'étude de la cuti-réaction a rendu de grands services.

En notant le jour où un enfant est séparé de sa mère tuberculeuse, jour qui représente la terminaison du contact, et le jour où apparaît une cuti-réaction positive, on mesure un délai qui traduit le temps que les bacilles inoculés ont mis à réaliser leur effet dans l'organisme. Cet effet c'est, anatomiquement la lésion tuberculeuse, biologiquement, c'est la modification spécifique des humeurs de l'organisme qui se traduit par la manière dont celui-ci réagit au bacille et à ses poisons, modification à laquelle Von Pirquet a donné le nom d'allergie. Aussi le délai qui sépare le dernier jour de la contamination du premier jour de l'infection a-t-il reçu de MM. Debré et Jacquet le nom de période anteallergique, c'est une véritable période d'incubation de la tuberculose qui se termine par le début *vrai* de la maladie.

L'étude de la période anteallergique de la tuberculose — étude qui a été poursuivie par Debré et ses collaborateurs — a donné lieu aux constatations les plus intéressantes. Elle a montré « qu'il existe un parallélisme rigoureux, une proportionnalité précise, entre la durée du contact, qui ne traduit ici que la richesse de la contamination, le volume du contage en quelque sorte, et, d'une part la durée de la période anteallergique, d'autre part la gravité de la maladie ».

Plus le contact est intime et prolongé, plus la période anteallergique est courte.

Il a été maintes fois vérifié que des enfants soignés

par des mères éduquées et attentives, prenant des précautions, en particulier par des mères entourées d'une visiteuse instruite, ont pu échapper à la contagion, ou bien s'ils avaient tout de même succombé, chez eux la période anteallergique était particulièrement longue. De même celle-ci est longue encore en cas de contagion paternelle, les pères ayant en général avec leurs petits enfants des contacts moins intimes et moins fréquents que les mères.

Et c'est ainsi que l'on peut, de la notion des circonstances du contact, inférer à la durée de la période anteallergique, et interpréter rationnellement le caractère négatif des cuti-réactions et réciproquement conclure de la durée de la période anteallergique aux conditions qui ont présidé à la contamination.

Quels sont les résultats obtenus ?

On a dit que peu de jours de contact suffisent à inoculer l'enfant. Sauf circonstances tout à fait exceptionnelles relevant sans doute de contaminations en quelque sorte massives, c'est inexact. C'est par semaines ou par mois qu'il faut compter pour mesurer les délais nécessaires à la contamination du nourrisson. Mais d'après les faits observés jusqu'ici par Léon Bernard et R. Debré ce délai ne dépasse pas un maximum de six mois et cet auteur n'a pas observé jusqu'à présent de nourrissons restés en contact avec leur mère tuberculeuse plus de six mois qui aient échappé à l'infection.

L'observation clinique a montré que jusqu'à trois mois de contact avec des parents tuberculeux, l'enfant

avait 50 % de chances d'échapper à la contamination.

La médecine expérimentale prouve qu'il y a un lien de proportionnalité très net entre la quantité de bacilles injectés à l'animal et la durée de la période anteallergique.

En injectant sous la peau d'un cobaye 1/10.000 ^e à 1/1.000 ^e de milligramme de culture, durée de la période anteallergique	28 jours
1/50 à 1/100 ^e de millig.....	8 à 10 jours
1/10 « 	6 à 8 »
1 milligr. et + 	3 »

La survie des animaux varie dans le même sens :

quantité injectée	Survie
1 centigr.	6 semaines
1 milligr.	3 à 5 mois
1/10 à 1/50 ^e milligr.	5 à 7 »
1/100 » 	6 à 10 »
1/1.000 à 1/10.000 milligr.	plus de 1 an

Il est permis de passer de l'animal à l'homme et de conclure dans le même sens et de dire que la durée de la période anteallergique est, tout 'comme la survie, inversement proportionnelle à la dose de bacilles inoculés.

*
* *

Des notions très nettes, très précises se dégagent donc des recherches cliniques et expérimentales que nous venons d'indiquer brièvement :

L'enfant issu de parents tuberculeux, même gravement atteints naît sain, indemne de tuberculose mais il trouve dès sa naissance des conditions éminemment favorables à son infection. C'est le contact avec la mère qui est particulièrement dangereux puisqu'il est l'occasion de ces contaminations massives fréquentes, répétées que l'on sait aujourd'hui être les facteurs de de tuberculisation.

De la naissance au jour de la contamination il y a un délai, il se compte par semaines ou par mois, il ne dépasse pas un maximum de six mois.

On comprend l'importance de ces faits pour l'hygiéniste ; ils conduisent logiquement à supprimer pour le nouveau-né le contact infectant soit de la mère tuberculeuse, soit de sa famille infectée et à transporter cet organisme neuf en milieu sain. Ce sera le but en particulier des œuvres de placement familial dont nous allons parler dans le chapitre suivant.

Une fois de plus ce sera la démonstration de ce qui est une vérité en matière de tuberculose, à savoir *que seule une collaboration étroite des hygiénistes avec les cliniciens peut permettre de lutter efficacement contre le mal* et de faire l'économie d'un grand nombre de vies humaines.

DEUXIÈME CHAPITRE.

LES ŒUVRES DE PLACEMENT FAMILIAL

I

Grancher, le premier, a réalisé pratiquement le sauvetage de l'enfant sain en l'éloignant du milieu tuberculeux familial.

L'œuvre Grancher est aujourd'hui trop connue pour que nous insistions sur son organisation. Du reste, la lettre suivante que Grancher écrivait de Cambo le 19 Janvier 1899, au Docteur Faisans, et qui a paru dans le « Bulletin médical » du 7 mars 1903, indique très exactement le but de l'œuvre.

Grancher disait, parlant des enfants issus de tuberculeux. « Ne pensez-vous pas qu'au point de vue humanitaire bien compris, au point de vue de la race, c'est cette partie encore saine de la famille qui mérite le plus notre attention? Quand Pasteur a voulu combattre la maladie des vers à soie, il a laissé les vers malsades et a fait la sélection des graines encore saines...

... Que pensez-vous d'une œuvre qui s'occuperait

de ces enfants de tuberculeux, enfants encore sains, et qui ferait pour eux ce que l'Assistance publique fait pour les enfants assistés et les placerait chez les cultivateurs en pleine vie des champs ?...

Nous pourrions entretenir 300 enfants et plus, à la campagne, avec la certitude de faire du bien à tous, et d'attaquer le problème de la tuberculose, par son côté vraiment pratique, par le seul peut-être, pendant que le père et la mère, allégés de leurs enfants, se tireront d'affaire beaucoup mieux.

En tous les cas, nous aurions sauvé, avec relativement peu d'efforts, la partie saine d'une famille de tuberculeux et la graine de la race ».

Pivot de l'œuvre, le médecin de campagne, choisi par elle, choisit à son tour la famille du paysan. La famille naturelle de l'enfant choisit sa famille nourricière qui s'engage à le nourrir, à l'entretenir, à veiller sur lui comme sur ses propres enfants.

Armand Delille a établi des statistiques qui clairement démontrent les bons résultats obtenus par les placements familiaux de l'œuvre Grancher qui a vu tomber à 0,1 pour 100 pour les enfants dont elle a pris la charge une mortalité qui s'élève au chiffre effrayant de 40 pour 100 pour les enfants laissés au contact avec des parents tuberculeux. Sur mille enfants placés en 10 ans deux seulement sont morts tuberculeux.

L'œuvre Grancher est une fondation privée et de ce fait elle ne donne qu'un rendement limité. Il serait nécessaire et il est possible aujourd'hui de l'étendre

autour des organisations départementales de dispensaires. C'est ainsi que l'Office public d'Hygiène sociale de la Seine, à l'exemple de ce qu'avait fait le Comité départemental de la Seine pendant la guerre, a organisé, dans les Basses-Pyrénées, un centre de placement familial où il a envoyé en dix-huit mois environ six cents enfants.

Du reste, le département des Basses-Pyrénées, qui nous intéresse spécialement, puisque c'est là que nous désirons poursuivre l'étude des œuvres d'Hygiène sociale, s'intéresse depuis longtemps aux questions de placement familial. Dès 1903, M. le Dr Camino, chef de service au Sanatorium de Hendaye, fit une enquête à ce point de vue dans les départements des Basses-Pyrénées et des Landes ; les réponses fournies, par quelques maires montrent qu'on pourrait placer, tant dans les communes que dans les fermes, un nombre probablement considérable d'enfants. C'est ainsi qu'on a pu placer, en 1903 :

A Cap-Breton	30 enfants dans de bonnes conditions et 30 un peu moins bien.
A Saint-Jean de Luz	80
A Hendaye	50
A Bidart	30
Soit	220 dans quatre communes.

Une enquête faite en 1911 par le Dr Dujarric de la Rivière a donné par exemple pour le village d'Urru-

gne situé entre Hendaye et St-Jean-de-Luz les résultats suivants :

Nombre d'enfants au-dessous de 14 ans placés dans les familles, 57.

Nombre d'enfants au-dessus de 14 ans, placés comme domestiques, 20.

Les premiers sont placés dans les familles, qui les nourrissent à raison de 15 francs par mois (tarif d'avant-guerre).

Les frais médicaux, pharmaceutiques, scolaires et d'habillement sont payés par l'œuvre qui donne 13 fr. (également tarif d'avant-guerre) par an, pour la chaussure.

Ces enfants sont élevés comme s'ils étaient de la famille; ils s'y attachent.

II

Lorsque Grancher organisa l'œuvre qui porte son nom il ne s'adressa qu'aux enfants âgés d'au moins 3 ans et cela pour des raisons diverses. Il était juste qu'il tentât l'expérience en s'adressant tout d'abord aux sujets qui pouvaient le plus sûrement en profiter. Il n'a pas voulu prendre les nourrissons de parents tuberculeux de peur que les risques de mortalité du premier âge ne pussent fausser les résultats de l'expérience d'hygiène sociale qu'il instituait.

Complétant l'œuvre de Grancher, le professeur Léon

Bernard eut l'idée d'étendre aux tout-petits le bénéfice de l'isolement hors du foyer de contagion.

Déjà le professeur Lândouzy avait spécialisé la crèche du type commun annexée à son service de l'hôpital Laennec — service dirigé aujourd'hui par le professeur Léon Bernard. — Il l'avait réservée exclusivement à des mères tuberculeuses avec leurs enfants. Son but était de vider les autres crèches hospitalières des femmes tuberculeuses et d'y soustraire à la contagion les femmes non tuberculeuses. Mais, là comme ailleurs, mères et enfants demeuraient placés à côté les uns des autres, les mères pouponnant leurs nourrissons; une forte mortalité tuberculeuse était observée de ce fait chez ces derniers.

Léon Bernard et R. Debré poussèrent plus loin ce programme de prophylaxie et transformant cette crèche ils en firent un établissement qui étendit la préservation autour des enfants, en les séparant de leur mère.

Service complètement isolé, cette crèche comprend deux étages et un jardin : au rez-de-chaussée, divisé en boxes, sont les enfants; au premier sont les lits des mères. Le jardin clos ne sert qu'aux enfants. L'effectif est de dix-huit berceaux; effectif hélas insuffisant.

Les mères sont recrutées soit par la consultation du dispensaire Léon Bourgeois, soit par les dispensaires de l'Office d'hygiène sociale de la Seine, soit enfin par les services hospitaliers ou les maternités de l'Assistance Publique qui ont été instruits de l'existence de cette crèche spéciale,

Certaines tuberculeuses sont connues dès leur gestation et engagées à venir à la crèche avec leur enfant aussitôt sorties de la période obstétricale.

La séparation offre parfois des difficultés ; c'est à les vaincre que tendent les efforts et la ténacité persuasive des assistantes sociales et des surveillantes de nos hôpitaux d'enfants. Les mères sont instruites du danger qu'elles font peser sur leur enfant et sachant les ressources de prévention qu'elles trouveront pour lui à la crèche se prêtent à cette séparation. Dès l'entrée tout contact est supprimé sauf pour l'allaitement dans le cas où le diagnostic de la mère n'est pas encore tranché. Lors des tétées la mère suspecte revêt une blouse et met un masque. Lorsque la mère est reconnue tuberculeuse avec bacilles dans les crachats, l'allaitement maternel est continué avec les mêmes précautions si l'état de la mère le permet. Dans la grande majorité des cas, il est supprimé, constituant de l'avis presque unanime un facteur d'aggravation pour la plupart des tuberculeuses. Les enfants sont soumis à l'allaitement artificiel classique. L'administration a cependant consenti une nourrice à la crèche, elle donne son lait aux enfants tolérant mal cet allaitement artificiel.

Si nous avons parlé de cette crèche de l'hôpital Laënnec c'est parce qu'elle constitue une transition indispensable entre la famille tuberculeuse du nourrisson et l'œuvre du placement familial des tout-petits dont nous allons maintenant parler.

III

ŒUVRE DU PLACEMENT FAMILIAL DES TOUT-PETITS

Comme nous le disions au début de ce travail le mérite de la création de cette œuvre revient tout entier au professeur Léon Bernard et celui de son bon fonctionnement au dévouement éclairé de Mme Arnold Seligmann.

Le but de cette œuvre, nous l'avons déjà longuement indiqué. Mais il est un point sur lequel on ne saurait trop insister : c'est *la nécessité d'une organisation permettant un triage sévère des enfants avant leur envoi au centre de placement.*

Ne seront envoyés en placement familial que des enfants, chez qui toutes les épreuves de recherches de la tuberculose se seront montrées négatives. Ces recherches souvent longues, puisqu'on ne peut considérer une cuti-réaction comme négative qu'après l'avoir renouvelée pendant 4 mois, nécessitent l'isolement de l'enfant qui lui évite infection ou surinfection. De ces précautions dépendront les bons résultats du placement et aussi, indirectement, la plus grande facilité de trouver des nourriciers. La non hérédité de la tuberculose n'est en effet pas encore une vérité fortement ancrée dans l'esprit des campagnards. Un accident peut compromettre un long travail de persuasion.

A l'heure actuelle ce centre de triage prévu par l'article 2 du règlement intérieur de l'œuvre est complètement organisé à l'hôpital Laënnec où il est placé sous la direction des Professeurs Léon Bernard et Debré qui examinent eux-mêmes les candidats au placement familial.

Ces enfants sont envoyés ensuite au foyer de placement de Salbris (Loir et Cher), le premier qui a été créé et que nous prendrons comme type de description.

L'application des principes de Grancher aux tout-petits nécessite un dispositif spécial compliqué et d'un fonctionnement délicat. On ne peut confier des nourrissons à des paysans en les leur abandonnant sous la surveillance de médecins comme la chose se produit pour les grands enfants. L'allaitement au lait stérilisé et dûment coupé, l'asepsie des biberons, le réglage des prises, la surveillance de l'appareil gastro-intestinal des enfants sont autant de points délicats dont seule une infirmière parfaitement instruite peut être chargée.

Un dispensaire doit être le centre de tels foyers de placement, dispensaire où réside l'infirmière, où elle prépare et distribue le lait, où un médecin fera régulièrement la consultation des petits, où une infirmerie dûment aménagée recevra en observation passagère les enfants présentant des troubles morbides accidentels.

Le centre de Salbris possède un immeuble dans lequel a été aménagé un dispensaire qui comprend :

une biberonnerie dans un local séparé ; dans le local principal : une salle d'attente, un cabinet de consultation, une cuisine pour le personnel, une salle de réunion ; au premier : deux chambres d'infirmières, une infirmerie divisée en quatre boxes, une salle de bain et une chambre de garde ayant regard sur l'infirmerie et pouvant servir d'isolement. Sous un hangar une buanderie.

Les nourrissons sont répartis sur un rayon de 3 kilomètres. Les nourriciers sont choisis suivant les indications du médecin et de l'infirmière ; on leur fournit le trousseau de l'enfant, un berceau, une voiture d'enfant pour amener les petits à la consultation.

Trois fermes fournissent le lait qui est apporté chaque matin au dispensaire par un homme appartenant au personnel de l'Œuvre et disposant d'un tri-porteur. Les vaches qui produisent le lait, spécialement choisies, sont soumises à un examen vétérinaire fréquent.

Le personnel du centre comprend, outre l'homme chargé du transport du lait, une infirmière visiteuse diplômée, chef du centre, une seconde infirmière et une fille de service.

Dans la matinée, l'infirmière prépare les biberons et procède aux coupages indiqués par le médecin, surveille la stérilisation par le procédé Soxhlet et distribue les biberons rassemblés en petits paniers que les nourriciers viennent chercher au centre. Ceux-ci reçoivent en outre chaque jour une tétine stérilisée par enfant. Durant l'après-midi elle visite les nourri-

ciers. Ceux-ci ainsi que les enfants sont donc surveillés d'une manière constante. L'infirmière visiteuse veille au respect des règles de l'hygiène et obtient en particulier, que les enfants restent en plein air quand le temps le permet.

Un médecin assure une consultation tous les quinze jours au dispensaire : les enfants sont pesés, examinés à la visite et toutes prescriptions nécessaires sont faites. En outre, au premier appel de l'infirmière, le médecin se rend au domicile des nourriciers quand un enfant présente des troubles morbides. Chaque enfant a sa fiche médicale tenue à jour. Quotidiennement l'infirmière est en relation par lettre ou par téléphone avec l'administration parisienne.

Deux autres foyers, dépendant du centre de Salbris, sont en voie de développement dans les parages immédiats de cette localité : l'un à Nouan-le-Fuzelier, l'autre à Saint-Viâtre : le premier sous la surveillance d'une infirmière, le second sous la surveillance de la sage-femme du pays, tous deux avec consultation de médecin.

L'œuvre reçoit des enfants de zéro à deux ans et garde des enfants jusqu'à 4 ans.

L'expérience a montré qu'il existe entre cette œuvre et l'œuvre Grancher une lacune au préjudice des enfants de 2 à 3 ans.

C'est pour la combler que l'on a créé à Saint-Viâtre une section spéciale en faveur des enfants de cet âge.

Quand il arrive qu'un enfant devient malade, après une observation de quelques jours à l'infirmerie du

dispensaire, l'enfant, s'il y a lieu, est ramené à Paris par les soins et aux frais de l'œuvre qui se préoccupe de le faire admettre à l'hôpital, dans un service approprié à son état.

Quand les enfants arrivent à l'âge à partir duquel ils ne sont plus du ressort de l'œuvre, plusieurs éventualités peuvent se produire : si les sources de contagion existent encore dans la famille, les enfants sont rendus à l'Office public d'hygiène sociale qui les place dans un de ses foyers de grands enfants ; si, au contraire, la disparition des sources de contagion familiale les rend injusticiables de l'action de l'Office, plusieurs circonstances peuvent exister : la plus favorable est celle où la famille accepte de reprendre l'enfant ; en cas de refus on cherche une personne qui l'adopte ; à défaut de ces deux solutions, l'enfant est confié à l'Assistance Publique ; ce cas ne s'est pas encore produit.

Nous croyons utile de donner pour ceux qui voudraient organiser des œuvres semblables les statuts et le règlement intérieur de l'œuvre de Salbris :

PLACEMENT FAMILIAL DES TOUT-PETITS

(Centre de Salbris)

STATUTS

ARTICLE PREMIER. — Il est fondé entre les soussignés et ceux qui, ayant adhéré aux présents statuts, auront été admis dans les conditions fixées à l'article 4, une Association dite « Le Placement Familial des Tout-Petits ».

ARTICLE 2. — Cette Association a pour but d'assurer le place-

ment dans des familles à la campagne d'enfants en bas âge sains, mais exposés à une contagion tuberculeuse.

ARTICLE 3. — La durée de l'Association est illimitée.

Son siège social est à Paris, 104 bis, rue de l'Université.

ARTICLE 4. — L'Association se compose de membres fondateurs, de membres bienfaiteurs, de membres titulaires.

La qualité de membre fondateur est réservée aux soussignés.

Est membre bienfaiteur toute personne qui, ayant été présentée par deux membres de l'Association et ayant été agréée par le Conseil d'administration, paie une cotisation annuelle d'au moins cinq cents francs.

Est membre titulaire toute personne qui, ayant été présentée par deux membres de l'Association et ayant été agréée par le Conseil d'Administration, paie une cotisation annuelle d'au moins vingt francs.

En outre, le titre de membre d'honneur peut être donné par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration à des personnes ayant rendu des services à l'Association.

ARTICLE 5. — La qualité de membre de l'Association se perd :

1^o — Par la démission ;

2^o — Par la radiation prononcée pour motifs graves par l'Assemblée Générale à la majorité des $\frac{3}{4}$ des membres présents sur le rapport du Conseil d'Administration et le membre intéressé dûment appelé à fournir ses explications.

ARTICLE 6. — Les ressources de l'Association se composent :

1^o — Des cotisations de ses membres ;

2^o — Des subventions ;

3^o — Des revenus de ses biens et valeurs de toute nature.

ARTICLE 7. — L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de sept membres au moins et de onze au plus.

Les membres fondateurs sont membres de droit du Conseil d'Administration. En cas de vacance, il est pourvu au remplacement des membres défaillants par la plus prochaine Assemblée Générale. Toutefois, au cas où le Conseil d'Administration se trouverait réduit à quatre membres, le Président ou, à son dé

faut l'Administrateur délégué devrait réunir l'Assemblée Générale dans un délai de quinzaine à dater du jour où s'est produite la dernière vacance.

Les membres du Conseil d'Administration autres que les membres fondateurs sont élus pour un an. Ils sont rééligibles.

ARTICLE 8. — Le Conseil d'Administration se réunit aussi souvent que les circonstances l'exigent et au moins quatre fois par an.

Il est tenu procès-verbal des séances.

ARTICLE 9. — Le Conseil d'Administration a pleins pouvoirs pour diriger l'œuvre conformément à son objet. Il prend à cet égard toutes délibérations nécessaires. Il règle notamment l'emploi des fonds de l'Association.

ARTICLE 10. — Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Bureau composé d'un Président, un Administrateur délégué, un Trésorier. Les membres du Bureau sont élus pour un an. Ils sont rééligibles.

ARTICLE 11. — Le Président convoque le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale. Il est tenu de suivre à cet égard les règles fixées par les présents statuts. Il préside les séances. Au cas d'empêchement il est suppléé par l'Administrateur délégué.

ARTICLE 12. — L'Administrateur délégué représente l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il ordonne toutes les dépenses. Il peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à un membre du Conseil d'Administration. Toutefois, si cette délégation excède une durée de trois mois, elle doit être approuvée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 13. — Le Trésorier perçoit les recettes et effectue les paiements sur mandat délivré par l'Administrateur délégué.

ARTICLE 14. — Toutes les fonctions de l'Association sont gratuites.

ARTICLE 15. — En dehors du cas prévu par l'article 7, l'Assemblée Générale des membres fondateurs, des membres bienfaiteurs et des membres titulaires de l'Association se réunit chaque fois

que le Conseil d'Administration a décidé sa convocation et au moins une fois par an.

Son ordre du jour est fixé par le Conseil d'Administration.

Son bureau est celui du Conseil d'Administration.

Elle entend les rapports sur la gestion du Conseil d'Administration, sur situation morale et financière de l'Association

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, quand il y a lieu, dans les conditions fixées par les présents statuts, à l'élection des membres du Conseil d'Administration.

ARTICLE 16. — Les statuts ne peuvent être modifiés par l'Assemblée Générale que sur la proposition du Conseil d'Administration à la majorité des $\frac{3}{4}$ des membres présents.

ARTICLE 17. — L'Assemblée Générale appelée à se prononcer sur la dissolution de l'Association et convoquée spécialement à cet effet doit comprendre au moins la moitié plus un des membres en exercice.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée est convoquée de nouveau, mais à un mois d'intervalle et peut délibérer valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, la dissolution, ne peut être prononcée qu'à la majorité des $\frac{3}{4}$ des membres présents.

ARTICLE 18. — En cas de dissolution, l'Assemblée désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation de l'Association. Elle attribue l'actif à un ou plusieurs établissements ayant un but analogue à celui précisé à l'article 1 des présents statuts et reconnus d'utilité publique.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

ARTICLE PREMIER. — *Conditions d'admission des enfants.* — Le Placement Familial des Tout-Petits admet les enfants âgés de un mois à deux ans et les garde jusqu'à quatre ans.

Pour être admis, les enfants ne doivent présenter aucun signe de maladie en évolution. Ils doivent être exposés à des risques de contagion tuberculeuse (enfants de parents tuberculeux,

enfants vivant avec des personnes tuberculeuses, enfants chétifs susceptibles d'être contaminés).

ARTICLE 2. — *Mode d'admission.* — L'admission des enfants est prononcée par l'Administrateur délégué après un examen pratiqué, soit par le Professeur Léon Bernard, soit par le Docteur Debré.

ARTICLE 3. — *Obligations de l'Œuvre.* — L'Œuvre fournit le trousseau des enfants.

L'Œuvre a charge de réglementer l'alimentation des enfants sans aucune intervention des parents. En cas de maladie l'Œuvre se charge de faire le nécessaire pour soigner les enfants sous réserve de l'assentiment des parents.

ARTICLE 4. — *Obligations des parents.* — Les enfants ne sont admis que si les parents s'engagent à les confier à l'Œuvre pendant au moins deux ans.

Les parents ou les personnes en tenant lieu sont avertis que s'ils retirent leurs enfants malgré l'avis de l'Œuvre, ces enfants ne seront plus jamais admis dans ce centre de l'Œuvre. Dans ce cas, le trousseau fourni par l'Œuvre devra être rendu et le voyage sera à la charge des parents.

Au moment où les parents emmènent leurs enfants, ils doivent laisser entre les mains de la Directrice du Centre une déclaration constatant l'état de santé de l'enfant au départ.

Les parents, sauf circonstances exceptionnelles, n'ont le droit de faire que 4 visites par an à leurs enfants. L'Œuvre prévenue de leur intention, s'efforcera de leur obtenir l'avantage du demi-tarif pour le trajet en chemin de fer.

En aucun cas, les parents n'ont le droit de résider chez le nourricier, ils ne peuvent y prendre leurs repas qu'à leurs frais. Les parents peuvent correspondre librement avec la directrice du centre et avec le nourricier de leur enfant.

Les parents des enfants ou les personnes en tenant lieu devront verser à l'Œuvre une contribution proportionnée à leurs ressources et qui ne pourra être inférieure à la somme de 5 francs par mois. Il est interdit aux parents d'envoyer aux nourriciers une rétribution quelconque.

ARTICLE 5. — *Obligations des nourriciers.* — Les nourriciers

sont tenus de se rendre au dispensaire pour la visite du médecin au jour qui leur sera indiqué.

Les nourriciers doivent se conformer à toutes les prescriptions formulées par le médecin, la Directrice du Centre ou l'infirmière visiteuse et permettre à tout moment le contrôle de ces personnes ou de toute autre personne déléguée à cet effet par l'Œuvre.

Dès qu'un enfant est malade, le nourricier doit prévenir la Directrice du Centre. Si un membre quelconque de la famille du nourricier est suspect de maladie contagieuse, le nourricier doit prévenir la Directrice.

Les nourriciers doivent prévenir la Directrice du Centre de la visite des parents des enfants.

Si un nourricier laisse partir un enfant sans autorisation de la Directrice, il commet *une faute grave* et aucun enfant ne lui sera plus jamais confié par l'Œuvre.

Lorsqu'un enfant a été rendu par un nourricier ou repris à un nourricier, il ne pourra plus jamais lui être confié.

RÉSULTATS

Les résultats sont démonstratifs :

L'œuvre est fondée depuis le 13 avril 1920. Jusqu'au 4 mai 1922, elle a reçu 117 enfants. 75 enfants sont encore au Centre, à cette date 42 l'ont quitté pour les diverses raisons suivantes :

Repris par la famille	10
Limite d'âge	10
Entrée au préventorium	2
Cessation de risques de contagion dans la famille	8
Maladie intercurrente	9
Décès	3

Sur les 9 évacués pour maladie 5 décès,

Au total huit décès dont trois seulement imputables à la tuberculose.

Quand on se rappelle que la contamination des nourrissons exposés de manière durable à la contagion tuberculeuse est presque fatale, et que l'infection tuberculeuse chez ces enfants en bas âge est presque constamment mortelle, on conclut que l'œuvre a sauvé autant d'enfants à l'exception de 8 qu'elle en a reçu. Pourcentage de mortalité inférieur à celui que donnent les statistiques générales.

Ces résultats sont d'autant plus saisissants que l'œuvre ne reçoit pas exclusivement des enfants indemnes de l'infection, elle reçoit aussi des enfants légèrement contaminés, atteints de formes occultes, arrêtées, de la maladie, dénoncées par la cuti-réaction positive. Ces derniers constituent 43 % de l'effectif total.

Les premiers, indemnes de tuberculose, ont été soustraits à une contamination certaine et probablement mortelle. Chez les autres, légèrement contaminés, l'arrêt de la maladie est dû à l'interruption des contaminations; ceux-là ont été arrachés à une évolution qui eût été sans doute inexorable.

Les autres causes de mortalité infantile ont également été épargnées à ces enfants.

On observe parfois des troubles digestifs légers, mais aucun décès ne s'est produit même par les fortes chaleurs de l'été 1921, par troubles digestifs.

Ces résultats démontrent non seulement la valeur de l'action de préservation de la tuberculose, mais

leur portée déborde cette conclusion, indiquant ce que peut donner le placement familial des nourrissons lorsque leur alimentation est surveillée suivant les principes et les méthodes appliquées dans cette œuvre.

Les heureux résultats obtenus à Salbris ont encouragé la création d'œuvres similaires et nous avons vu que d'autres centres avaient été organisés par l'œuvre du placement familial (Nouan le Fuselier et St Viâtre). A son tour l'œuvre Grancher est entrée dans cette voie féconde; elle a créé le centre de Couture qui fonctionne dans d'excellentes conditions; les résultats obtenus vont être publiés incessamment.

■
* *

Si nous examinons maintenant en une vue d'ensemble les résultats obtenus et les raisons pour lesquelles ils ont pu être obtenus nous nous rendons compte de la nécessité d'une organisation du foyer de placement telle que nous l'avons décrite.

La première source de difficultés est de choisir un pays où les traditions de placement et l'intelligence des habitants permettent de trouver des nourriciers accessibles à l'éducation hygiénique; il faut aussi un pays riche en lait et acceptant de le fournir; il faut encore rencontrer un médecin ouvert à ces questions de phthisiologie sociale et consentant à prêter son concours; enfin il faut trouver une infirmière compétente, qui n'hésite pas à se retirer à la campagne pour y mener une vie austère et isolée où l'accomplis-

sement d'une belle tâche représentera sa seule satisfaction.

En second lieu une pareille œuvre ne peut marcher correctement que si, à l'origine, une sélection scientifiquement conduite des enfants est assurée. Chaque jour révèle les difficultés de cette tâche et c'est avec appréhension que parfois sont prises des décisions étayées pourtant sur une observation prolongée et appuyée par toutes les ressources techniques possibles. C'est à des désastres que l'on irait si l'on envoyait en placement familial des nourrissons, issus de tuberculeux, sans que leur départ soit entouré de toutes les garanties scientifiques nécessaires.

Ce n'est pas tout : il importe qu'une surveillance attentive et continue contrôle le fonctionnement administratif et technique de ces foyers de placement; toute défaillance dans l'un des organes de ce mécanisme complexe aurait toujours le même aboutissement, toute faute ici a comme répercussion finale un fléchissement de la santé des enfants.

Mais s'occuper du nourrisson tuberculeux ne constitue qu'une partie de la tâche du médecin hygiéniste. S'occuper de la famille de ce nourrisson, surveiller le père et la mère, placer les autres enfants n'est pas moins important. Car dans la lutte contre la tuberculose tout se tient et négliger un seul foyer d'infection c'est rendre vains des efforts considérables tentés par ailleurs. C'est le dispensaire avec ses compléments indispensables (infirmière visiteuse, placement des malades, placement des enfants, écoles de rééduca-

tion etc...) qui permet seul de surveiller la famille du tuberculeux. Le dispensaire, dit le professeur Léon Bernard, « est le pivot, l'axe central de tout ce système, dont tous les rouages sont aussi indispensables à son complet rendement qu'il est nécessaire au leur. Mais il est nécessaire que les différents rouages soient reliés entre eux; l'idéal est qu'ils relèvent d'une même administration; quand il n'en est pas ainsi, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut qu'un lien de fonctionnement soit établi entre eux, tant pour l'efficacité de chacun d'eux que pour le plus grand profit des malades. »

Aussi les pouvoirs publics ont-ils le devoir d'encourager par des subventions des œuvres aussi utiles que le placement familial et qui jusqu'ici ont tiré le principal de leurs revenus de la générosité privée.

On ne saurait oublier le mot de M. Roux : « Après la défense de la Patrie, le premier devoir d'un gouvernement est la protection de la Santé Publique. »

Déjà des efforts ont été tentés dans ce sens. L'Office public d'hygiène sociale de la Seine a pris à sa charge l'entretien d'un certain nombre de places au centre de Salbris. Cet exemple pourra être suivi par les Comités départementaux de lutte contre la tuberculose qui pourront avec fruit organiser des centres de placement pour les tout-petits dans leur département ou leur région respectifs.



CONCLUSIONS

Le perfectionnement des méthodes cliniques ou expérimentales d'étude de la tuberculose du nourrisson a permis de dégager des notions qui ont pour l'hygiéniste un intérêt considérable : l'enfant issu de parents tuberculeux, même gravement atteints, naît sain ; mais il trouve dès sa naissance des conditions éminemment favorables à sa contamination. C'est le contact avec la mère qui est particulièrement dangereux puisqu'il est l'occasion de ces contaminations massives, fréquentes, répétées que l'on sait aujourd'hui être les facteurs essentiels de tuberculisation.

De la naissance au moment de la contamination il y a un délai : il se compte par heures, par jours, par semaines ou par mois, mais il ne dépasse pas un maximum de six mois. Il convient de signaler que pour la détermination de ce délai, l'étude de la cuti-réaction a rendu les plus signalés services.

Ces faits conduisent logiquement à supprimer pour le nouveau-né le contact infectant soit de sa mère tuberculeuse, soit de sa famille infectée et à transporter dès que possible cet organisme neuf en milieu sain.

Pour les enfants au-dessus de 3 ans l'œuvre Gran-cher a résolu le problème et obtenu d'excellents résultats.

Pour les enfants de 0 à 3 ans, parmi lesquels la tuberculose fait de si grands ravages, rien n'avait été prévu. A ce besoin a répondu « l'Œuvre du placement familial des Tout-Petits » : le mérite de sa création revient au professeur Léon Bernard ; son bon fonctionnement est dû au dévouement éclairé de M^{me} Arnold Seligmann.

Le centre de Salbris (Loir et Cher) a été la première fondation de l'œuvre du placement des tout-petits. Son organisation peut être donnée comme modèle et c'est elle que nous avons prise comme type de description. Sans répéter ici les détails de cette organisation nous insistons sur quelques nécessités essentielles de son bon fonctionnement : organisation permettant un triage sévère des enfants avant leur envoi au centre de placement, choix des familles, surveillance de l'allaitement, utilité d'un dispensaire et d'une infirmière résidente, visites médicales faites par le médecin du pays, nécessité d'une surveillance attentive et continue qui contrôle le fonctionnement administratif et technique de ces foyers de placement. C'est une vérité en matière de tuberculose que seule une collaboration étroite des hygiénistes et des cliniciens peut donner de bons résultats.

Des centres analogues à celui de Salbris ont été créés par l'œuvre du placement familial à Nouan-le-Fuselier et à Saint Viâtre (Loir et Cher), et par l'œuvre

Grancher à Couture. Ils fonctionnent dans d'excellentes conditions.

Mais il n'est pas toujours possible d'envoyer directement le nourrisson au centre de placement. Il est parfois nécessaire de le garder à l'hôpital pour l'examiner, pour déterminer l'existence et l'étendue du mal. Or, il ne peut être hospitalisé que dans certaines conditions auxquelles l'organisation de la crèche de l'Hôpital Laennec, que nous avons exposée et qui est due à l'initiative du professeur Debré, répond très exactement.

Cette œuvre du placement familial ne peut avoir une portée sociale importante que si elle est complétée par d'autres éléments de lutte : s'occuper de la famille du nourrisson, surveiller le père et la mère, placer les autres enfants sont autant de questions que le médecin hygiéniste ne saurait négliger. Car dans l'action contre la tuberculose tout se tient et négliger un seul foyer d'infection, c'est rendre vains des efforts considérables tentés par ailleurs. C'est pourquoi le placement familial des tout-petits, dont l'importance apparaît de jour en jour plus grande, doit n'être considéré que comme un rouage d'un important système dont le dispensaire constitue suivant l'expression du professeur Léon Bernard « le pivot et l'axe central. »

Les pouvoirs publics ont le devoir de créer ou d'encourager par des subventions des centres analogues à celui de Salbris. Déjà l'Office public d'hygiène Sociale de la Seine a pris à sa charge l'entretien d'un certain nombre d'enfants à Salbris. Cet exemple devra être

suivi par les comités départementaux de lutte contre la tuberculose qui pourront avec fruit organiser des centres de placement pour les tout-petits dans leurs départements respectifs.

Vu, *le Doyen* :

H. ROGER

Vu, *le Président* :

LEON BERNARD

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLIANCE NATIONALE — Pour l'accroissement de la population française. (*Bulletin de l'Alliance*, n^{os} 1, 2, 3)
2. BERNARD (Léon). — La préservation de la première enfance contre la tuberculose par le placement familial. (*Huitième congrès. annuel d'hygiène*, Paris 1921, *Revue d'Hygiène*, t. XLIII, n^o 13, déc. 1921, pp. 1038-1052).
3. — Placement familial des Tout-petits. *Procès-verbal de la première assemblée générale*, 17 novembre 1921. (*Bulletin de l'Œuvre*, 104 bis, rue de l'Université, Paris VII^e).
4. — La tuberculose pulmonaire (études de phthisiologie clinique et sociale). (Vol. in-16, 225 p. Masson Edit. 1921).
5. Le placement familial des nourrissons issus de tuberculeux. (*Paris-Médical*, 7 janvier 1922, pp. 21-23).
6. DEBRÉ (R.). — Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, Séance du 3 octobre 1920, n^o 30, pp. 86-93).
7. Société d'études scientifiques sur la tuberculose. Séance du 11 déc. 1920.
8. Un cas de tuberculose du nourrisson à début manifesté simultanément par des signes cliniques radiologiques et biologiques et, à évolution bénigne, grâce à l'isolement précoce (*Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôpitaux*; 6 janvier 1921, vol. XLIV, n^o 41, p. 1658).
9. GOURGUES. — Pathogénie des lésions non folliculaires de la tuberculose. (*Bulletin Médical*, 8 juillet 1908)
10. POIX. — L'armement anti-tuberculeux français. (*Presse médicale*, 18 mars 1922, pp. 233-236 et *Bul-*

- letin du Comité national de défense contre la tuberculose*, t. III, n° 4, janvier-février 1922, pp. 4-28, et 1 vol. in-8, Masson & C^{ie}, Edit.)
11. BURCKHARDT (A.). — *Zeitschr. f. Hyg.*, 1936, t. LIII; cf. *Münch. med. Woch.*, 1903.
12. BURNET (Et.). — La tuberculose de l'enfant à l'adulte. (*Bulletin de l'Institut Pasteur*, 30 mai 1941, 15 juin 1941).
13. CALMETTE (A.). — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux (*Vol. in-8, Masson Edit.* 1920).
14. — Rôle des médecins et des infirmières-visiteuses des dispensaires. (*Bulletin du Comité National*, nov. 1920, n° 6).
15. — BRETON et PETIT. — Sensibilisation spécifique des animaux vis-à-vis des réactions tuberculiniques locales. (*C. R. Soc. de biol.*, 12 août 1907, vol. LXX, n° 27).
16. COMBY. — *Archives des maladies des enfants*, nov. 1905
17. COUVELAIRE. — La lutte contre la mortinatalité. (*Huitième congrès annuel d'hygiène*, Paris 1921, *Revue d'Hygiène*, t. XLIII n° 42, déc. 1921, pp. 4019-4030).
18. CRONQUIST. — Tuberkulinstudien bei kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1917, I.).
19. DARRÉ. — Prophylaxie de la tuberculose et de la syphilis du nourrisson. Rapport. (*Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, décembre 1921, t. XLIII n° 42, pp. 4053-4065).
20. DEBRÉ (R.). — Le diagnostic de la tuberculose du nourrisson. (*La Médecine*, mai 1921, p. 626-628).
31. — & JACQUET. — Le début de la tuberculose humaine: la période antéallergique de la tuberculose. (*Annales de Médecine*, 1920, n° 2).
22. — PARAF ET DAUTREBANDE. — La période antéallergique de la tuberculose. (*Annales de Médecine*, 1921, t. IX n° 6 pp. 443-462).
23. — La période antéallergique dans la tuberculose expérimentale du cobaye. (*C. R. de la Société de Biologie* t. XXXIII nos 23, 24 et 25).
24. DELILLE (Armand). — Discussion du rapport de M. le Professeur Léon Bernard sur la préservation de la première

- enfance contre la tuberculose par le placement familial (*Huitième congrès annuel d'hygiène*, Paris 1921, *Revue d'Hygiène et de police sanitaire*, décembre 1921, t. XLIII n° 12 pp. 1052-1053).
25. DONER. — Braners Beitr. zur. Klin. der Tub., vol. XX, fasc. I (1911).
27. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. — Du séjour temporaire des enfants hors de leur famille, tant en France qu'à l'étranger, (*Bulletin de la Société d'Hygiène de l'enfance*, 1912, in-8).
27. EMILE-ZOLA (Jacques). — But et organisation d'une crèche hospitalière de prévention anti-tuberculeuse. (*Thèse Paris 1921*, Maloine)
28. GONSE-BOAS (M^{me}). Dispensaires d'hygiène infantile et Centres d'élevage. (*Huitième congrès annuel d'hygiène Paris 1921*, *Revue d'Hygiène*, t. XLIII, n° 12, déc. 1921, pp. 1030-1038).
29. GRANCHER. — Conférence du 24 octobre 1904. Bulletin de l'œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose, 1905. (*Au siège social de l'œuvre*, 4, rue de Lille, Paris)
30. GUINON (Georges) Fonctionnement des dispensaires de la Seine. (*Bulletin du Comité National*, mai-juin 1921, n° 3).
31. HAMBURGER. — Die Tuberkulose des Kindesalters. 1 vol. Leipzig, 1912.
32. KLEINSCHMIDT. — Ueber latente Tuberkulose in Kindesalter. (*Deutsche med. Woch.*, 28 mai 1914, p. 11 221, n° 22, vol. XL et *Monatschr. für Kinderheilkunde* Juillet 1916, n° 6, p. 267).
33. KUSS. — *Thèse de Paris 1898*.
34. LAMPSON (Herbert G.). — (*Bull. of. the University of Minnesota*, déc. 1913).
35. MANTOUX & LEMAIRE. — *C. R. Soc. Biologie*, 31 juillet 1909.
36. — & PERROY. — Etude de l'intradermo-réaction chez le cobaye sain soumis à des injections préalables de tuberculine. (*C. R. Soc. de Biol.* 10 juin 1911, vol. LXXIV, n° 21).

37. MERY (H.) Les centres d'élevage. (*Bulletin Médical*, 12 juin 1920).
38. MILLIARD (M^{lle}) — Les infirmières-visiteuses. Leur formation, leur rôle. (*Huitième congrès annuel d'hygiène*, Paris 1921, *Revue d'Hygiène*, t. XLIII n° 12, déc. 1921, pp. 1077-1082).
39. MORTALITÉ par tuberculose en Allemagne dans les localités de plus de 15.000 habitants. (*Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts*, 19 janv. 1921, p. 36).
40. NOEGELI (O). — *Virchow's Archiv*, t. CLX, 1906, p. 426.
41. NOBECOURT & SCHREIBER. — Hygiène sociale de l'enfance, in-8 1921, Masson.
42. PIRQUET (Von) *Weiner Kl. Woch.*, 1907, p. 1123).
43. RÉSULTATS GÉNÉRAUX de la statistique des causes de mort en Prusse pour la période de 1916-1919. (*Veröffentl. der Reichsges.*, 29 déc. 1920, p. 914).
44. ROEPKE. — Wolff-Eisner Tuberkulin Probe bei nicht tuberkulösen Kinder. (*Beitrage zur Klinik der tuberculose*, vol. IX, p. 3 et vol. XI, p. 2).
45. SCHLOSS. — Ueber Tuberculose. (*Berlin. Méd. Woch.*, 26 nov. 1917, n° 48, p. 1156; 2 déc. 1917, n° 49 p. 1176; 10 déc. 1917, n° 50, p. 1199).
46. SELIER (Henri) & ROUSSELLE (Henri). — L'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine et la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne. (*Rapport présenté au Conseil général de la Seine*. Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'hôtel de ville, Paris).
47. SELTER. — Die tuberculose Durchsenchung der stadtischen Bevölkerung und ihre Bedeutung für die tuberculosebekämpfung. (*Deutsch. med. Woch.*, 3 fév. 1921, p. 117).
48. VALLEE. — Du délai dans l'apparition de la réaction à la tuberculine par suite de l'injection bacillaire. (*Soc. vétérinaire*, 27 août 1910).

113

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

377